

Programa de educação e prevenção da síndrome de morte súbita infantil da Pensilvânia

Declaração de reconhecimento voluntário

Instruções para Hospital/Maternidade/Profissional de saúde: Preencha dois formulários para cada família antes da alta hospitalar ou após o nascimento do(s) recém-nascido(s) para mulheres que deram à luz fora de um hospital ou maternidade. Forneça aos pais informações sobre a síndrome de morte súbita infantil e medidas de prevenção. Solicite que os pais assinem voluntariamente este formulário para indicar que receberam, leram e compreenderam as informações sobre a síndrome de morte súbita infantil e as medidas de prevenção. Forneça aos pais uma cópia do formulário assinado e mantenha uma cópia no prontuário médico.

Deve ser preenchido pelo Hospital/Maternidade/Profissional de Saúde:

NOME DO HOSPITAL: _____

(NOME LEGAL DO BEBÊ: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: M F

Os pais receberam informações sobre a síndrome de morte súbita infantil, incluindo folheto, DATA: _____

OBSERVAÇÕES:

Deve ser preenchido pelos pais, padrastos, pais adotivos, guardião ou responsável legal:

Pai/mãe/responsável: Informações sobre a síndrome de morte súbita infantil e sono seguro para crianças foram apresentadas a mim pelo hospital. Assino voluntariamente esta declaração e reconheço que recebi, li e compreendi as informações fornecidas sobre SMSI.

ASSINATURA, MÃE: _____ RECUSOU: DATA: _____

ASSINATURA, PAI: _____ RECUSOU: DATA: _____

ASSINATURA, OUTRO: _____ RECUSOU: DATA: _____

(padrastos, pais adotivos, guardião, responsável legal)

Este formulário e as informações que o acompanham foram fornecidos em conformidade com a Lei 73 de 2010.